

成長科学協会へのデータ提供に関する同意書

(SGA 性低身長症)

施設名 _____

科名 _____

担当医師 _____

私は、「成長科学協会へのデータ提供のお願い」を書面で受け取り、内容を理解しました。

また、成長科学協会が作成した「適応判定依頼書」または「治療成績報告書」に記載された項目に関する私の医学的データが成長科学協会に提出され、成長科学協会の成長ホルモン治療研究のための基礎資料として利用されることに同意します。また、成長科学協会へのデータ提供は、ファイザー株式会社を通じて行われることに同意します。

平成 年 月 日

患者住所 〒 _____

患者氏名 _____

保護者氏名（記名・印、または、署名）

_____ (印)

(1部は患者さんの保管用、1部は医療機関保管用に、プリントアウトしてご利用下さい)